

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ersterhebungsbogen

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

1. Seit wann besteht die Schuppenflechte bei Ihnen? _____

2. Wer hat Sie zuletzt wegen der Schuppenflechte behandelt?

- keiner Hausarzt Hautarzt

Name der Ärztin/des Arztes: _____

3. Wie wurde die Psoriasis zuletzt behandelt?

4. Haben Sie schon einmal eine systemische Therapie (Tabletten/Spritzen/Infusion) wegen der Psoriasis erhalten? ja nein

Wenn ja, welche? _____

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

6. Ist eine der nachfolgenden Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

- Zuckerkrankheit/Diabetes Herzerkrankungen Depression
 Fettstoffwechselstörung Bluthochdruck/Hypertonie

7. Bestehen bei Ihnen Gelenkschmerzen oder -entzündungen? ja nein

Wenn ja, an welchen Gelenken? _____

Von der Praxis auszufüllen:

Bauchumfang: _____

Blutdruck: _____ / _____ mm Hg

Größe: _____ m

Gewicht: _____ kg

BMI: _____

PASI: _____

DLQI: _____

BSA: _____

Photo-Dokumentation erfolgt?

- ja nein